Lane Medical Library

Ueber
die periuterine Haematocele.

Gynaekologische Inaugural-Dissertation

der medicinischen Facultaet

der vereinigten Friedrichs-Universitaet

Halle-Wittenberg

zur Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt und zugleich

mit den Thesen öffentlich vertheidigt

am

24. März 1868 — Vormittags 11 Uhr

von

Ludwig Degener

aus Burgsteinfurt

gegen

J. Berndgen, Dr. med.
H. Staudacher, Dr. med.

Halle,
Druck von Wilhelm Plötz.

Seinem lieben Bruder Heinrich

aus Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Obgleich wir Beschreibungen von Blutgeschwülsten im weiblichen Becken, welche mit derjenigen Affection, die wir jetzt Haematocele nennen, einige Aehnlichkeit haben, schon in den Schriften der Alten, z. B. in denen des Hippocrates und Galenus, finden und obgleich schon in den medicinischen Annalen der ersten Decennien dieses Jahrhunderts Fälle von theils glücklich, theils unglücklich operirten, mit Blut gefüllten Beckengeschwülsten aufgezeichnet sind, so kann man doch mit Recht behaupten, dass die Haemorrhagien in's weibliche Becken erst in den letzten Jahrzehnten die allgemeine Aufmerksamkeit der Aerzte auf sich gelenkt haben und erst in diesen Jahren Gegenstand wissenschaftlicher Forschungen und Studien geworden sind.

Mit dem Jahre 1851 trat die Haematocele gleichsam in ihr wissenschaftliches Stadium. In diesem Jahre hielt Nélaton einige Vorlesungen über die durch einen Bluterguss bedingte Geschwulst im weiblichen Becken, in denen er, sich stützend auf Beobachtungen am Krankenbette und Sectionstische, zunächst den Begriff der genannten Affection sicher stellte, dann ihre Entstehung nachzuweisen suchte, die Diagnose besprach und endlich die ihm am Besten scheinende Therapie mittheilte, in denen er also ein klinisches Bild der Haematocele entwarf. Er versteht unter Haematocele einen Tumor, der durch einen mit der Ovulation in Zusammenhang stehenden Bluterguss zu Stande kommt, seinen Sitz nur in dem vom Peritoneum umkleideten Theile des Douglas'schen Raumes hat und durch eine adhäsive Peritonitis secundär abgekapselt ist.

Die zahlreichen Beobachtungen, die bald dieser Arbeit folgten und hauptsächlich von französischen Aerzten gemacht wurden, bestätigten einmal das schon Bekannte, ergaben aber auch, dass Nélaton's Definition zu eng war, da die Erfahrung

lehrte, dass die Geschwulst nicht immer hinter, sondern unter Umständen auch vor dem Uterus ihren Sitz hatte und dass sie nicht immer innerhalb des peritonealen Sackes, sondern in einzelnen Fällen auch ausserhalb desselben gelegen war. War die alte Definition einmal angegriffen und für nicht stichhaltig erklärt, so suchte natürlich jeder Autor an Stelle des Alten Neues und Besseres zu bringen. So versteht Puech unter Haematocele zwar auch eine abgekapselte Blutgeschwulst im weiblichen Becken, räth aber je nach der betreffenden Localität die Haematocele eine retro-, pro- oder latero-uterine zu nennen und auf das Verhalten der Geschwulst zum Peritoneum keine Rücksicht zu nehmen. Bernutz zählt zu den Bluttumoren alle Blutergüsse, die von den Gefässen der weiblichen Geschlechtsorgane aus in das Cavum Peritonei stattfinden; er schliesst also alle Haemorrhagien, die eine andere Quelle als die weiblichen Genitalorgane haben, von der Haematocele aus, zählt aber in das Gebiet derselben die schnell tödtlich verlaufenden, nicht abgekapselten Extravasate, wenn sie nur von dem Genitalapparate ausgehen. Gallard unterscheidet, je nach dem die Blutung aus einer functionellen Störung der Geschlechtsorgane resultirt oder die Folge eines Trauma ist, eine spontane und traumatische Haematocele. Trousseau macht zuerst auf die intra- und extraperitoneale Verschiedenheit der Geschwulst aufmerksam, nimmt aber je nach der Quelle der Blutung eine Hématocèle ovarienne et tubaire an. Voisin kennt nur den retrouterinen und intraperitonealen Sitz der Geschwulst an und unterscheidet eine einfache Blutgeschwulst, bei der das ergossene Blut nach einiger Zeit ganz resorbirt wird, und eine complicirte, bei der sich das Blut zersetzt und meistens einen Weg nach aussen bahnt.

Wenn auch diese Discussionen für den Augenblick grosse Verwirrung in der Nomenclatur und dem Begriffe der Haematocele hervorgerufen haben, so haben sie doch, da ihnen nüchterne Beobachtungen und nicht eitle Phantasien der Forscher zu Grunde lagen, reiche Früchte getragen, die erst die kritische Hand der neuesten Zeit zu sammeln und zu ordnen verstanden hat. Jetzt nennt man eine Geschwulst, die weder in der Geburtsthätigkeit noch im Puerperium entstanden ist, die nicht durch ein Trauma bedingt ist, die sich gebildet hat in Folge

einer Ruptur eines zum weiblichen Genitalapparate gehörigen Gefässes, ihren Sitz an einer beliebigen Stelle rings um den Uterus hat und abgekapselt ist, eine Haematocele periuterina.

Diese theilt man je nach dem Sitze der Geschwulst ein in eine Haematocele ante- und retrouterina und sucht diese beiden Arten je nach ihrem Verhalten zum Peritoneum als eine intra- oder extraperitoneale Blutgeschwulst zu speciviciren. Diese Eintheilung hat eine anatomische Basis. Zur Beurtheilung ihrer pathologisch-anatomischen Zulässigkeit müssen wir die Existenz der einzelnen Arten nachzuweisen suchen.

Die Haematocele retrouterina intraperitonealis ist in den letzten Jahrzehnten so oft am Krankenbette beobachtet und durch Sectionen so hinreichend nachgewiesen worden, dass ihr Vorkommen nicht mehr zu bezweifeln ist, dass man sie vielmehr für eine häufig zu beobachtende Affection halten und als Typus der Haematocele periuterina ansehen muss.

Anders verhält es sich mit den drei übrigen Arten; sie sind seltener zur klinischen Beobachtung gekommen, ja so selten bei Sectionen gefunden worden, dass manche Autoren ihre Existenz leugnen.

Dass eine abgekapselte Blutgeschwulst, die nicht zur Zeit der Geburt oder im Wochenbett entstanden ist, in dem nicht vom Peritoneum überzogenen Raume zwischen Uterus oder Vagina einerseits und Rectum andererseits ihren Sitz haben kann, lehrt mit Wahrscheinlichkeit ein von Ott mitgetheilter Fall. Ott fand zufällig an der Leiche einer am Typhus verstorbenen, 28jährigen Person einen abgekapselten Blutheerd, der die Grösse eines Apfels hatte und im Septum retrovaginale lag, wenige Centim. vom Grunde der Douglas'schen Falte entfernt. Zu beachten ist die dem Befunde beigegebene Bemerkung, nach der sich die breiten Mutterbänder durch ihre grossen Venengeflechte auszeichneten. Unbedingte Beweiskraft hätte dieser Fall, wenn mit Bestimmtheit hätte nachgewiesen werden können, dass kein Trauma das Extravasat bedingt und der Erguss zu klinischen Symptomen Veranlassung gegeben hätte. Das Erstere ist zwar nicht mit Bestimmtheit, aber doch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, da zur Bildung eines so bedeutenden Blutergusses

eine bedeutende Verletzung nothwendig gewesen wäre, die noch andere Zeichen als den Erguss hätte zurücklassen müssen, und da die erweiterten Venen der Ligamenta lata zu der Vermuthung berechtigen, dass sie die Quelle der Blutung gewesen sind. Der zweite Punkt muss, da die Anamnese im Stich lässt, unentschieden gelassen werden. Die weitern Fälle, die über diese Form der Haematocele in der Literatur vorliegen und von Prost, Trousseau und Simpson ausgehen, haben alle das für die Haematocele periuterina charakteristische Krankheitsbild zur Beobachtung kommnn lassen und waren auch durch die Merkmale gekennzeichnet, die wir später als wichtig für den extraperitonealen Sitz kennen lernen werden; bei ihren Sectionen fand man aber theils derartige Verwachsungen des Peritoneums mit der Cystenwand vor, dass eine Grenze zwischen beiden Membranen nicht zu ziehen war, theils sind ihre Sectionsberichte so unvollkommen und fragmentarisch, dass sie keinen Ausschlag in der Streitfrage geben können. Obgleich demnach kein Fall von Haematocele retrouterina extraperitonealis bekannt ist, der an der Lebenden die bezüglichen Symptome hat zur Beobachtung kommen lassen und später bei der Section eine unzweifelhaft ausserhalb des Bauchfellsackes und hinter dem Uterus gelegene Blutcyste erkennen liess, so glaube ich doch die Existenz dieser Form annehmen zu dürfen, weil die erwähnten Fälle mit Wahrscheinlichkeit als hierher gehörige anzusehen sind, weil sich gegen das Vorkommen dieser Art kein pathologisch-anatomischer Grund anführen lässt und weil man annehmen kann, dass die Processe, die wir später als wichtig für die Bildung einer Haematocele kennen lernen werden, ebensogut ausserhalb wie innerhalb der Peritonealfalten ihren Sitz nehmen können.

Um wieviel die Ausstülpung des Peritoneums zwischen Vesica und Uterus flacher ist als die Bauchfellfalte zwischen Uterus und Rectum, um so viel seltener kommt auch die vor dem Uterus und im Peritoneum gelegene Blutcyste zur Beobachtung als die gleiche Affection hinter dem Uterus. Nur ein Sectionsbericht ist über diese Form bekannt; er ist von Martin Magron mitgetheilt und ist nicht unbedingt beweisend, weil zu gleicher Zeit ein retrouteriner Erguss bestand und an der Le-

benden die Geschwulst im vorderen Scheidengewölbe nicht als ein Tumor zu fühlen gewesen war. Das Vorkommen dieser Species wird ausser anderen klinischen Beobachtungen durch einen von Langenbeck in der Uebersetzung der West'schen Frauenkrankheiten aufgezeichneten Fall ausser Frage gestellt; hier rechtfertigte die allgemeine Symptomenreihe und der Sitz des Tumors die Diagnose auf Haematocele anteuterina intraperitonealis, eine Diagnose, die der weitere Verlauf der Krankheit bestätigte.

Als anteuterine und extraperitoneale Blutgeschwülste waren bisher in der Literatur sechs Fälle aufgezeichnet. Schroeder hat das Verdienst, in seinen kritischen Studien den Nachweis geliefert zu haben, dass diese Fälle irrig diagnosticirt sind und dass in allen Fällen ein Uterus duplex mit Atresie und mit Verhaltung des Menstrualblutes in der einen Hälfte vorgelegen haben muss. Er macht darauf aufmerksam, dass bei den sechs Kranken die individuellen Verhältnisse, wie das Alter und die überstandenen Geburten, nicht so sind, wie wir sie gewöhnlich bei der Haematocele finden, dass die Geschwulst keine solche Lage und Beschaffenheit hat, wie sie eine Blutcyste haben muss, dass bei allen Patientinnen die Beschwerden nicht plötzlich, was gerade eine Haematocele kennzeichnet, sondern allmählich entstanden sind und allmählich zugenommen haben, bis sie einen unerträglichen Grad erreichten, und dass endlich in drei Fällen bei der Punction zähflüssiges, nicht coagulirtes Blut entleert wurde, was mit den Metamorphosen, die der Inhalt einer Blutgeschwulst erleidet, nicht in Einklang zu bringen ist. Da nun in allen Fällen das ganze Krankheitsbild, die Lage und Beschaffenheit des Tumors, die Beschaffenheit der Portio vaginalis und in drei Fällen der Inhalt der Cyste grosse Aehnlichkeit haben mit den Erscheinungen, die eine menstruale Retention bei dem genannten Bildungsfehler des Uterus hervorruft, so ist der Schluss gerechtfertigt, jene sechs Fälle obigem Bildungsfehler der Gebärmutter zuzuzählen und nicht für Haematocelen zu halten. Wenn nun auch nach Auschluss dieser Fälle keine weitere Beobachtung über unsere Form vorliegt, so glaube ich doch die Möglichkeit des Vorkommens behaupten zu dürfen aus dem Grunde, den ich schon bei der Haematocele

retrouterina extraperitonealis geltend gemacht habe, weil sich nemlich kein pathologisch-anatomischer Grund gegen die Möglichkeit der Existenz anführen lässt.

Wir sehen also, dass die Haematocele retrouterina intraperitonealis die häufigste Form der periuterinen Blutgeschwulst und die einzige ist, die zugleich klinisch beobachtet und durch Sectionen bestätigt ist, dass es aber theils Beobachtungen theils theoretische Gründe gibt, welche die Existenz der andern Formen sehr wahrscheinlich machen und dass demnach die oben angegebene Eintheilung gerechtfertigt ist.

Pathogenese.

Zur Bildung einer Haematocele periuterina ist die Ruptur eines zum weiblichen Genitalapparate gehörigen Gefässes und eine Blutung aus demselben erforderlich. Welche Gefässe dieser Organe und welches weiblichen Geschlechtsorganes Gefässe diese Blutung liefern können, darüber sind schon die verschiedensten Theorien aufgestellt worden und auch jetzt noch die Ansichten getheilt. Dieses hat einmal darin seinen Grund, dass die meisten Fälle von Haematocele glücklicherweise nicht letal endigen, also Sectionen relativ selten vorkommen, ist aber auch darin begründet, dass, da die Blutung nicht immer von der Ruptur grösserer Gefässe herrührt, bei den Sectionen oft die Quelle derselben nicht mehr nachzuweisen ist. Betreffs dieses Punktes stehen sich jetzt vorzugsweise noch zwei Theorien gegenüber, die wir näher erörtern wollen. Die Eine ist von französischen Aerzten zuerst aufgestellt und auch von ihnen im Laufe der Zeit weiter ausgebildet worden; sie ist die ältere und jetzt noch fast allgemein anerkannte. Die Andere hat auch ein französischer Arzt zuerst besprochen und Virchow zum Gegenstand weiterer Untersuchungen genommen; sie ist die jüngere und erst von wenigen Autoren adoptirte.

Nélaton und Denonvilliers, die Schöpfer der ersten Theorie, halten stets das Ovarium für die Quelle der Blutung. Sie setzen, wenn die Blutung nicht zur Zeit der Ovulation erfolgt ist, auf Grund ihrer Beobachtungen stets eine Erkrankung des Eierstocks voraus, glauben aber, dass, wenn die Haematocele zugleich mit der Menstruation entstanden ist, ein ganz normales,

nicht krankes Ovarium Quelle der Blutung sein kann, da nach ihrer Ansicht schon die physiologische Hyperaemie und die normale Blutung aus dem Graaf'schen Follikel zur Bildung einer Blutgeschwulst hinreicht. Allerdings muss bei der normalen Losstossung des Eichens aus dem Graaf'schen Follikel eine Blutung erfolgen. Dass diese Blutung eine Haematocele zu bilden nicht im Stande ist, lehrt uns folgende Betrachtung: Erstens kann das ausgetretene Blut nur in seltenen Fällen in den Bauchraum gelangen, nemlich nur dann, wenn auch das Eichen diesen Weg nimmt, wenn die Mündung der Tube nicht so ausgefranzt ist und sich nicht so an die Ovarialoberfläche angelegt hat, dass sie kelchartig die Stelle des Follikels umfasst, wenn also eine Bedingung für die Bauchschwangerschaft gegeben ist; zweitens kann aber auch die Blutung aus dem Graaf'schen Follikel nur eine unerhebliche, eine für die Bildung einer Blutgeschwulst viel zu geringe sein, da das blutende Gefäss nur sehr klein ist, die äussere Membran des Follikels nach dem Risse sich vermöge ihrer Elasticität rasch contrahirt und die Ränder des Risses sich so schnell an einander legen, dass jeder Blutaustritt gehemmt wird. Wie gering die Spuren des Extravasates sein müssen, geht aus einer im Virchow'schen Archive veröffentlichten Beobachtung Tungels hervor, der zufällig bei einer Section ein frisches corpus luteum mit kaum geschlossener Perforationsöffnung im Ovarium vorfand, dennoch aber weder in den Tuben, obgleich sie in der Nähe des Uterus blind endigten, noch in der Beckenhöhle Spuren von Blut entdecken konnte. Demnach kann ein normal functionirendes Ovarium nicht Quelle der Blutung sein; es müssen deshalb, damit das Ovarium eine Haematocele bilden kann, pathologische Veränderungen in der Function des Organes oder im Organe selbst vorhanden sein. Als functionelle Störung ist zunächst eine abnorm gesteigerte menstruale Hyperaemie zu berücksichtigen, die entweder eine Zerreissung einer grossen Zahl ungewöhnlich weiter Gefässe eines Follikels mit sich bringt oder die gleichzeitige Ruptur mehrerer Follikel veranlasst und so eine beträchtlichere Blutung hervorruft. Von Erkrankungen des Organes hat man vorzugsweise kleine Ulcerationen oder kleine Cysten in's Auge zu fassen, wie sie ziemlich

häufig bei Sectionen an den Ovarien gefunden werden sollen, ohne dass sie im Leben irgend welche Symptome hervorgerufen haben; sie können bei der oft sich wiederholenden Hyperaemie eine Haemorrhagie in das Gewebe, eine Apoplexie des Eierstocks, zu Stande bringen, welche die Umhüllung des Organes an einer oder mehreren Stellen zerreissen und eine Haematocele veranlassen kann. Die Richtigkeit dieser Angaben beweisen die Sectionen. In zehn Sectionsberichten über Haematocele war das Ovarium dreimal bestimmt als Quelle der Blutung nachgewiesen und in vier Fällen in obiger Weise der Art verändert, dass man hiermit den Erguss in Zusammenhang bringen konnte.

Im Jahre 1858 trat Trousseau mit der Ansicht auf, dass nur die Tuben Quelle der Blutung seien, was er bald dahin modificirte, dass neben dem Ovarium vorzugsweise die Schleimhaut der Tuben die Blutung hervorriefe und durch Abfluss des Blutes aus dem Ostium abdominale des Organs in den Bauchraum eine Haematocele bedinge. Sind Schleimhäute überhaupt, sagt er, Sitz und häufig Sitz einer Hyperaemie, so kann aus ihnen allein in Folge der Congestion ohne vorhergehende Erkrankung der die Membran zusammensetzenden Elemente eine Haemorrhagie erfolgen. Da nun durch die Experimente Rouget's nachgewiesen ist, dass gerade die Tubenschleimhaut bei der Menstruation der Sitz einer starken Hyperaemie ist, so lässt sich nach Trousseau's Ansicht annehmen, dass sie vorzugsweise die Quelle der Haematocele abgibt. Dass eine normale Tubenschleimhaut eine Blutgeschwulst bedingen kann, beweisen Beobachtungen von Becquerel und Voisin, die 2mal eine Haematocele durch einen Bluterguss aus einer normalen Tube hervorgebracht sahen, und bestätigt eine Angabe von Scanzoni, der ein freies, nicht abgekapseltes Blutextravasat in den Bauchraum, was zur Zeit der Menstruation entstanden sein musste und den Tod der Patientin zur Folge hatte, durch eine Blutung aus einer Tube bedingt sah. Ob aber die Tuben so häufig Sitz der Blutung sind, wie Trousseau es annimmt, muss man dahin gestellt sein lassen.

Nicht lange nachher lehrte Voisin, dass auch die Schleimhaut des Uterus Ursache einer Haematocele sein könne, wenn

ein Verschluss des Cervicalcanal's durch Atresie oder einen Thrombus das catameniale Blut an dem normalen Ausflusse hindere; alsdann fülle das am Ausfliessen gehinderte, menstruale Blut nach und nach den Uterus an, trete nach Ueberfüllung desselben in die Tuben und von dort in den Bauchraum. Dass diese Entstehungsweise möglich ist, beweist ein in hiesiger gynaekologischer Sammlung aufbewahrtes Präparat. Es rührt von einer Frau her, die in der medicinischen Abtheilung an einem Ileotyphus gestorben ist. Bei der Section fand man einen vollständigen Verschluss des Cervicalcanals durch Atresie; der Uterus war theilweise mit geronnenem Blute angefüllt und die innere Wandung desselben dunkel pigmentirt; die rechte Tube zeigte ein normales Verhalten, die linke dagegen hatte die Dicke eines kleinen Fingers und entleerte auf Druck Streifen von coagulirtem Blute; hinter dem Uterus mehr an der linken als an der rechten Seite lag eine Faust grosse, vom Peritoneum umschlossene, geronnenes Blut enthaltende Cyste; rechts und links daneben sah man noch mehrere, kleinere, abgekapselte Blutextravasate. — In neuester Zeit hat Matthews Duncan die Behauptung aufgestellt, dass das catameniale Blut auch bei ganz normalem Cervicalcanal eine Haematocele bedingen könne. Nach der Ansicht dieses Forschers gibt es nemlich Zustände, in denen Luft in verstärktem Maasse in den weiblichen Genitalapparat dringt; tritt ein solcher Zustand gerade zur Zeit der Menstruation ein, so soll nach Duncan's Meinung die eingetretene Luft einen Druck ausüben, der grösser ist als der Druck, den das ausgetretene Blut veranlasst, und soll so vermöge des verstärkten Luftdruckes das Blut in die Tuben und von dort in den Bauchraum gedrängt werden. Genaueres über diese Lehre kann ich leider nicht anführen, da mir die bezüglichen Arbeiten über diesen Punkt nicht zugänglich waren und ich sie nur nach einer Notiz Ferbers aus den Schmidt'schen Jahrbüchern kenne.

Schliesslich habe ich noch zu erwähnen, dass schon im Anfang dieses Jahrhunderts von Fleischmann in Erlangen varicös erweiterte Venen der Ligamenta lata bestimmt als Quelle der Blutung erkannt sind und dass im Laufe der Zeit diese Beobachtung durch mehrere Sectionen bestätigt ist. In allen

Fällen waren zu gleicher Zeit bedeutende Varicositäten der Venen der untern Extremität vorhanden und alle Fälle betrafen Frauen, die schon einige Male oder häufig geboren hatten.

Die zweite Theorie, die schon Dolbeau im Jahre 1860 gegen Voisin vertheidigte, hat sich zuerst durch die Untersuchungen Virchow's Eingang zu verschaffen gewusst. Virchow behält die alte Nélaton'sche Definition ungefähr bei und hält die Haematocele für eine Anhäufung einer solchen Masse von haemorrhagischen Substanzen in der Excavatio recto-uterina, dass dadurch eine geschwulstartige Masse entsteht, die sich bei der Untersuchung per vaginam oder per anum wie ein Tumor anfühlt. Nach seiner Ansicht kann das blutige Material zwar in seltenen Fällen aus irgend einem Gefässe der Bauchhöhle herrühren und sich dann nach dem Gesetze der Schwere in die Excavationen des Beckens senken, ist aber in den meisten Fällen das Produkt entzündlicher Processe in den Excavationen selbst und durch Vorgänge bedingt, die denen bei der Bildung des Haematom's der Dura mater ganz analog sind. Wie bei disponirten Individuen unter sehr heftigen Hyperaemien des Gehirn's und seiner Häute eine chronische Entzündung der Dura mater, die sog. Pachymeningitis chronica, sich bildet und im Verlauf von Jahren bei Gelegenheit neuer Hyperaemien und unter starker Wallung des Blutes an der innern Fläche der erkrankten, harten Haut Schichten von Bindegewebe, sog. Pseudomembranen, entstehen: ebenso greifen auch nach Virchow's Ansicht bei heftigen Hyperaemien der weiblichen Beckenorgane in der Excavatio recto-uterina entzündliche Processe, die Peritonitis recto-uterina, Platz und führen ihrerseits allmählich zu Bindegewebswucherungen an der Innenfläche der Peritonealfalten des obigen Raumes. Wie ferner die Bindegewebszüge der entzündeten Hirnhaut, nachdem sie eine gewisse Stärke erreicht haben, wirkliche Capillargefässe bilden, die bald grösser werden und mit den Gefässen der harten Hirnheit anastomosiren: ebenso bildet sich auch in dem neu entstandenen Bindegewebe des Beckens allmählich eine pathologische Vascularisation aus, die mit den Gefässen der benachbarten Organe bald Verbindungen eingeht. Wie endlich die Anastomosen der Dura mater bei bedeutend ver-

mehrtem Blutdruck platzen, ihren Inhalt zwischen die Hirnhaut und die gebildeten Bindegewebszüge oder zwischen die Blätter der Pseudomembranen selbst ergiessen und so das Haematom der Dura mater bilden: ebenso zerreissen auch in Folge heftiger Hyperaemien die neugebildeten und dünnwandigen Gefässe der Douglas'schen Tasche, setzen ihr Extravasat zwischen die Blätter der Bindegewebsstrata und bedingen so die Haematocele retro-uterina. Als zu Gunsten seiner Ansicht sprechend macht Virchow auf das Vorkommen analoger Vorgänge in der Excavatio recto-vesicalis bei Männern aufmerksam und bemerkt, dass der Umstand, dass die Bildung der Geschwulst gewöhnlich mit einer heftigen Metro- oder Menorrhagie beginnt und der Tumor häufig beim Eintreten späterer catamenialer Blutungen wächst, nicht gegen seine Ansicht spricht, da auch die neugebildeten Gefässe in den Bindegewebszügen von der menstrualen Fluxion mitbetroffen werden.

Wir haben also gesehen, dass nach der einen Theorie die Gefässe der Ovarien, der Tuben, des Uterus oder der Ligamenta lata Quelle des für das Zustandekommen einer Haematocele nothwendigen Blutung sind und dass nach der andern Lehre die Blutung von Gefässen in der Excavatio recto-uterina herrührt, die durch vorhergegangene entzündliche Processe gebildet sind. Beide Theorien gehen von so scharfen Beobachtern aus und sind beide so häufig durch Autopsien bestätigt, dass man gezwungen ist anzunehmen, dass eine Haematocele periuterina sowohl auf die eine als auf die andere Weise entstehen kann. Ueber die Frequenzscala, ob die Blutung häufiger aus den Gefässen der Geschlechtsorgane als aus denen der Pseudomembranen stammt, oder ob umgekehrt die neugebildeten Gefässe häufiger als die des Genitalapparates Quelle der Blutung sind, darüber kann ich natürlich kein Urtheil fällen.

Mit der Quelle der Blutung steht in Connex die Bildung der Wandung des Extravasates. Die Anhänger der ersten Theorie stellen die Behauptung auf, dass sich die Cystenwand immer erst nach dem und in Folge des Blutergusses bildet, dass der Erguss das primäre Agens und die Bildung der Wandung das Product eines secundären Processes ist. Findet aus

Gefässen des weiblichen Genitalapparates eine Blutung in den Bauchraum statt, so ist diese nach ihrer Ansicht entweder so vehement, dass die Kranke sehr rasch an den Folgen der Blutung stirbt, oder sie ist, wenn auch immer rapide, doch nicht so beträchtlich, dass die Kranke das Leben einbüsst. Im letzteren, hier in Betracht kommenden Falle übt nach ihrer Meinung das ergossene Blut auf das benachbarte Peritoneum bald einen solchen Reiz aus, ruft in der Lage der nahe liegenden Organe, Rectum und Uterus, solche Veränderungen hervor und erleidet selbst solche Modificationen, dass dadurch das Zustandekommen der Wandung des Extravasates genugsam erklärt wird. In Folge des Reizes entsteht im Peritoneum eine Entzündung, die zur Verdickung der Membran und Bildung von bindegewebigen Schichten rings um das Extravasat, also vorzüglich zur Bildung der seitlichen und unteren Cystenwand führt; in Folge des Druckes des Extravasates auf die benachbarten Theile werden Rectum und Uterus an der Druckstelle comprimirt und somit Beide, vorzüglich aber das Rectum, oberhalb dieser Stelle so erweitert, dass die Wandungen beider Organe sich an einander legen, sich verkleben und den Erguss nach oben abkapseln; in Folge des Verlustes der Circulationsgeschwindigkeit scheidet sich in dem ergossenen Blute bald das Fibrin von dem Serum sanguinis aus, kann sich organisiren und so den Abkapselungsprocess begünstigen. Man ist berechtigt, auch hier eine Organisation des Faserstoffes anzunehmen, nachdem durch die Untersuchungen von Rindfleisch festgestellt ist, dass nach Apoplexien cerebri aus dem Extravasate organisirte, bindegewebige Netzwerke entstehen können und häufig entstehen; man ist berechtigt, dann vorzüglich an eine Umwandlung des ausgeschiedenen Fibrin's zu denken, wenn die Blutcyste durch zierliche Bindegewebsstränge eine vielfächerige Höhle bildet, wie sie zuerst Voisin beschrieben hat.

Die Anhänger der Virchow'schen Lehre müssen natürlich in den Fällen, in denen nach ihrer Ansicht die Blutung von den Gefässen der Pseudomembranen herrührt, eine praeformirte Höhlenbildung annehmen, da ja die Blutung aus den späteren Wänden der Höhle erfolgt. Einige, z. B. Schroeder, halten aber auch in den seltenen Fällen die Wandung der Geschwulst für

schon bestehend, in denen die Gefässe der Genitalorgane das Extravasat liefern. Schroeder sagt in der schon erwähnten Arbeit, „dass ausgetretenes Blut sich wohl nach unten senken, aber ebensowenig als ein freier Ascites durch seine Schwere einen Tumor erzeugen könne, der den Uterus nach vorn dränge, dass aber durch Blutansammlung in der Excavatio recto-uterina erst dann eine in der Scheide fühlbare Geschwulst entstehen könne, wenn der sog. Douglas'sche Raum nach oben hin und seitlich durch partielle adhaesive Peritonitis abgeschlossen sei." Dass eine solche Abkapselung immer dem Ergusse vorhergeht, schliesst Schroeder einmal aus den Schmerzen und Menstruationsstörungen, die immer der Haematocele vorhergehen, dann aus Beobachtungen an Leichen, bei denen er sichere Ueberbleibsel von Peritonitiden in der Douglas'schen Falte gefunden hat, obgleich bei der Lebenden durch die Anamnese nie Angaben zu erfahren gewesen waren, die auf eine frühere Entzündung in diesem Raume schliessen liessen, und endlich aus der Claudius'schen Lehre von der Lage des Uterus zur hinteren Beckenwand.

Claudius fand bei 78 weiblichen Leichen mit gesundem Genitalapparate 71 mal den Uterus mit den breiten Mutterbändern, den Tuben und Ovarien der hinteren Beckenwand, resp. dem Rectum, anliegend, während 7 mal Darmschlingen, meistens eine Schlinge der Flexura iliaca, im Douglas'schen Raume eingebettet waren. Hieraus zieht er den Schluss, dass im normalen Zustande ein eigentlicher Douglas'scher Raum gar nicht existirt, dass vielmehr der Uterus mit den Ligamentis latis der hintern, obern Beckenwand, resp. dem Rectum, so anliegt, wie die Lunge der Rippenwand, einen Schluss, den er noch durch folgende drei Gründe unterstützt: Erstens glaubt er, dass bei dem gesunden Weibe der Uterus unbeweglich im Becken ruht, dass dieses aber nur dann möglich ist, wenn der Uterus seine normale Rigidität besitzt und von seinen Stützapparaten die Ligamenta lata mit ihrer ganzen Fläche einer unnachgiebigen Fläche, der hintern Beckenwand, anliegen, was nach seiner Meinung durch den Druck der Eingeweide auf die vordere Fläche der Gebärmutter unterstützt wird. Zweitens hält er die Ansicht, dass der Uterus einen zweiarmigen Hebel bildet, dessen Hypomochlion

im Beckenboden, der Fascia pevis und dem Musc. levator ani, liegt und dass eine Beweglichkeit der Portio vaginalis, dem kurzen Hebelarme, auf entgegengesetzte Bewegungen des Corpus uteri, des langen Hebelarmes, schliessen lässt, für irrig, weil diese ausgiebigeren Bewegungen des Uterus so heftige Zerrungen in den breiten Mutterbändern verursachen würden, dass keine Lebende sie ertragen könne. Drittens führt er für seine Ansicht an, dass, wenn Darmschlingen hinter dem Uterus lägen, diese auch meistens das Ovarium und die Infundibula der Tuben berühren müssten, dass aber dadurch die Structur und Lage der zarten Fimbrien so verändert würden, dass unmöglich ein Eichen in das Infundibulum eintreten könne und Sterilität die unbedingte Folge sei. Ich möchte die Richtigkeit des ersten Grundes, der Unbeweglichkeit des Uterus, bezweifeln, weil man bei combinirter innerer und äusserer Untersuchung Gelegenheit hat, eine veränderte Lage des Uterus zu constatiren, je nachdem man bei gefüllter oder nicht gefüllter Harnblase, bei vollem oder leerem Rectum, die Untersuchung vornimmt, was unmöglich wäre, wenn der Uterus eine unbewegliche Lage im Becken einnähme. Ist aber der Uterus beweglich, so brauchen auch die Ligamenta lata, ohne ihre Function einzubüssen, nicht der hintern Beckenwand als einer festen Grundlage anzuliegen, ja sie werden vielleicht durch den Druck der Eingeweide noch von derselben entfernt, da man gewöhnlich annimmt, dass letztere nicht, wie Claudius glaubt, auf die vordere, sondern gerade auf die hintere Fläche des Uterus einen Druck ausüben. Weiter möchte ich bemerken, dass jene sieben Fälle nicht gerade zu Gunsten der Lehre sprechen. Claudius sagt zwar, jene Fälle müssten pathologischer Natur sein, er führt aber pathologische Veränderungeu selbst nicht an, woraus man vielleicht entnehmen kann, dass er keine gefunden hat und keine da gewesen sind.

Die Claudius'sche Lehre möchte ich demnach noch nicht als erwiesen betrachten. Dann fällt für mich eine Stütze der Schroeder'schen Ansicht. Gegen diese lässt sich weiter anführen, dass man bei Sectionen wohl Reste von Peritonitiden im Douglas'schen Raume gefunden hat, dass aber brückenartige Verbindungen zwischen Uterus und Rectum, die den Douglas'-

schen Raum nach oben abschliessen, soviel ich gelesen und gehört habe, noch nicht bei Autopsien beobachtet sind. Schliesslich ist zu erwähnen, dass nach der Schroeder'schen Auffassungsweise es sich gelegentlich einmal ereignen müsste, dass der Erguss aus den Gefässen nicht so bedeutend ist, dass er die praeformirte Höhle ausfüllt, dass somit ein Extravasat im Douglas'schen Raume sich setzt, was bei der Untersuchung nicht die Beschaffenheit eines Tumors zeigt.

Betreffs der Bildung der Wandung des Extravasates ist demnach meine Ansicht folgende: Ich glaube, dass man immer, falls man die Haematocele als ein Product entzündlicher Processe im Becken anzusehen berechtigt ist, zur Zeit des blutigen Ergusses die Wandung der Geschwulst als schon gebildet betrachten muss; ich bin aber der Meinung, dass zwar, wenn man die Blutung aus den Gefässen der Genitalorgane herleitet, auch Reste von früheren Peritonitiden vorhanden sein können, welche die Bildung der Wandung begünstigen, dass diese aber allein nicht eine Abkapselung zu Stande bringen, sondern dass immer die secundäre Peritonitis und die Metamorphosen des Blutes den Process vollenden, ja in den meisten Fällen vorzugsweise die Capsel bilden.

Aetiologie.

Da zum Zustandekommen einer Haematocele die Zerreissung eines zum weiblichen Genitalapparate direct oder indirect gehörigen Blutgefässes nothwendig ist, so werden alle Momente, welche die Ruptur eines jener Gefässe begünstigen, auch für die Bildung einer Blutgeschwulst von Wichtigkeit sein. Zerreissungen von Gefässen sind theils durch häufig verstärkten Druck der Blutsäule gegen die Gefässwand, also durch Ueberfüllung der Gefässe, theils durch Texturerkrankungen der Gefässwände, theils durch anomales Verhalten des die Gefässe umgebenden Parenchyms bedingt und entstehen hauptsächlich dann, wenn mehrere dieser Momente gleichzeitig wirken.

Eine Hyperaemie der Gefässe entsteht durch vermehrten Zufluss des Blutes, durch sog. Fluxion, oder ist die Folge von gehemmtem Abfluss, sog. Stauung, die sehr häufig zu Varico-

sitäten der befallenen Venengeflechte führt. Eine Fluxion zu den weiblichen Genitalorganen findet bei jeder Menstruation, dann bei körperlichen Anstrengungen, ferner bei geschlechtlichen Aufregungen, vorzüglich dem Coitus, statt und kann endlich die Folge eines schleichenden, entzündlichen Processes in den Unterleibsorganen sein bei Frauen, die ihren Unterleib nicht warm halten und sich häufigen Durchnässungen der Füsse aussetzen. Eine Stauung in einzelnen Gefässen des kleinen Beckens kann entstehen durch Druck der im Darm lange verweilenden Fäcalmassen auf benachbarte Gefässe, also durch chronische Stuhlverstopfung, durch zu festes Schnüren des Corsettes oder durch Druck des in seiner Lage veränderten Uterus, z. B. des retroflectirten oder prolabirten, auf Gefässe nahe liegender Theile. Sowohl Fluxion als auch Stauung in den Beckenorganen kann die Folge sein theils von Amenorrhoe, theils von Dysmenorrhoe, theils von Menorrhagien, kurz von Menstruationsanomalien jeglicher Art. Es lässt sich a priori schliessen, dass alle diese Momente bei der Bildung einer Blutgeschwulst eine ätiologische Bedeutung einnehmen. Dieses bestätigt auch die Erfahrung. In den meisten Fällen von Haematocele haben lange Zeit vor dem Entstehen Menstruationsstörungen bestanden; auf den Zusammenhang der Geschwulstbildung mit geschlechtlichen Aufregungen, auf das häufige Vorkommen der Affection bei puellis publicis haben vorzugsweise französische Aerzte aufmerkram gemacht; das fast ausschliessliche Vorkommen der Haematocele zwischen dem sechszehnten und vierzigsten Lebensjahre, der Zeit der grössten Geschlechtsthätigkeit des Weibes, ist tabellarisch festgestellt worden; eine Complication der Blutcyste mit Retroflexio Uteri ist in manchen, in der Literatur aufgezeichneten Fällen constatirt worden; dass auch ein Prolapsus Uteri das Zustandekommen einer Haematocele begünstigen kann, ist in hiesiger Klinik dreimal in diesem Winter beobachtet worden. Alle drei Patientinnen waren mit einem vollständigen Prolapsus Uteri behaftet und zwei von ihnen hatten ein Zwang'sches Pessarium getragen. Bei gänzlichem Mangel aller andern ätiologischen Anhaltspunkte war man berechtigt, dem Prolapsus, resp. dem Pessarium, einige Bedeutung für das Entstehen der Geschwulst beizulegen. Bei

Frauen, die an habitueller Stuhlverstopfung leiden oder lange Zeit hindurch zu feste Schnürleibchen getragen haben, ist zu wiederholten Malen eine Haematocele beobachtet worden.

Erkrankungen der Gefässhäute sehen wir hauptsächlich bei organischen Klappenfehlern des Herzens als die Folge der vermehrten Leistungsfähigkeit einzelner Theile des Organes auftreten, oder wir sehen ihnen chronische Nutritionsstörungen des ganzen Organismus als Residuen mannichfacher, schwerer Krankheiten voraufgehen. Auf die Möglichkeit eines ätiologischen Zusammenhanges zwischen Herzkrankheiten und Haematocele hat zuest Scanzoni hingewiesen. Es ist denkbar, dass, wie bei Herzhypertrophien die Gefässe des Gehirns, sowohl, weil sie dünnwandiger sind als in anderen Organen, als auch vorzüglich, weil sie einen bedeutend verstärkten Blutdruck zu ertragen haben, atheromatös und deshalb leicht brüchig werden, dass ebenso leicht in den Gefässen des Genitalapparates bei perpetuellen Hyperaemien in Folge von Herzhypertrophie, vorzüglich wenn sie häufig durch physiologische oder gelegentliche Ursachen verstärkt werden, atheromatöse Processe Platz greifen können, obgleich ihnen die excessive Dünnwandigkeit der cerebralen Arterien fehlt. Jedenfalls ist es gerechtfertigt, bei jedem Falle von Haematocele die physikalische Untersuchung des Herzens vorzunehmen und gewiss ist es wünschenswerth, bei etwaigen Sectionen auf die Beschaffenheit der Gefässwände im kleinen Becken Rücksicht zu nehmen. Dass kaum von schweren Krankheiten, wie Typhus, Scarlatina oder Variola, Genesene eine besondere Praedisposition für die Haematocele zeigen, ist von manchen Autoren beobachtet worden. Scanzoni, der diesem Punkte zuerst besondere Aufmerksamkeit zugewandt hat, glaubt sie aus einer in Folge der allgemeinen Erkrankung verminderten Widerstandsfähigkeit, aus einem verringerten Tonus der Gefässhäute oder aus einer Verminderung des Faserstoffgehaltes des Blutes herleiten zu können.

In wie fern Veränderungen des Parenchyms der Genitalorgane, vorzüglich des Uterus, Einfluss auf die Bildung einer Blutgeschwulst haben können, darüber fehlt zur Zeit jegliche Untersuchung. Wenn der Satz richtig ist, dass Lageveränderungen des Uterus meistens eine Erschlaffung der das Organ

bildenden Elemente voraufgehen und die Duncan'sche Hypothese sich bewahrheiten sollte, so ist est möglich, dass diese beiden Momente von ätiologischer Bedeutung sind.

Symptome und Verlauf.

In der Symptomenreihe haben wir die Erscheinungen, welche der Bildung einer Haematocele vorhergehen, die Prodromalsymptome, von denen zu sondern, die dem Entstehen des Extravasates folgen, den sogen. acuten Symptomen.

Wenn man auch berechtigt ist, zu den Ersteren alle die Symptome zu zählen, welche die in der Aetiologie als wichtig für das Zustandekommen einer Blutgeschwulst aufgeführten Momente hervorrufen können, so ist doch der Einfluss der meisten dieser Punkte auf die Bildung des Extravasates so wenig festgestellt und theils noch so hypothetisch, dass es besser erscheint, nur die wichtigsten dieser Erscheinungen hier anzuführen. Dahin gehören vorzugsweise Menstruationsanomalien, die sich bald als profuse Menorrhagien, bald als Metrorrhagien kundgeben, bald als Menostasien auftreten. Mit ihnen paaren sich häufig ziehende, stechende oder bohrende Schmerzen im Kreuze und im Unterleib, die nach der Ansicht mancher Autoren ihren Ursprung immer einer Pelviperitonitis verdanken.

Nachdem diese Unannehmlickheiten verschieden lange Zeit, Monate, selbst Jahre lang, bestanden haben, tritt plötzlich, gewöhnlich kurze Zeit nach einer Menstruation eine sehr profuse Metrorrhagie ein, gleichsam als Uebergang von den Prodromal- zu den acuten Symptomen. Wahrscheinlich mit ihr zu gleicher Zeit oder doch bald nachher erfolgt auch die innere Blutung. Ihr folgen die acuten Symptome, die wir als allgemeine und örtliche gesondert betrachten wollen, auf dem Fusse nach. Zu den ersteren zählen wir die unmittelbaren Folgen des acuten Blutverlustes, dann die nervösen, ferner die Fieber- und endlich die gastrischen Erscheinungen und ziehen in das Bereich der letzteren die durch die innere und äussere Untersuchung zu constatirenden Anomalien in der Genitalsphäre.

Dieselben Veränderungen, die man in Folge eines, durch eine äussere Wunde veranlassten, raschen und bedeutenden

Blutverlustes am ganzen Körper wahrnehmen kann, beobachten wir auch nach beträchtlicheren inneren Blutungen aus den Beckengefässen. Plötzlich und ohne äussere Veranlassung überzieht die Kranken ein leichtes Frösteln; das Gesicht wird blass, die Lippen bläulich, der Puls klein und langsam, die Extremitäten auffallend kühl; es flimmert ihnen vor den Augen, es klingt in den Ohren, alle Gegenstände um sie herum scheinen sich zu drehen, ihre Sinne schwinden, sie werden besinnungslos und sinken in Ohnmacht. Diese Erscheinungen, die auf eine rasche Anämie des Gehirns deuten, lassen sich zwar für den Augenblick leicht durch eine horizontale Lage der Kranken beseitigen, kehren aber auch ebenso leicht zurück und setzen die Kranken und ihre Angehörigen in nicht geringe Bestürzung. Am Längsten ist die Blässe des Gesichts zu constatiren; sie ist häufig so auffallend, dass die Angehörigen den Arzt auf das seit der ersten Ohnmacht veränderte Aussehen der Kranken aufmerksam machen. Diese Symptome treten zwar nicht immer, aber sehr häufig und vorzüglich dann auf, wenn die Frauen eine nicht sehr kräftige Constitution besitzen und schon einige Zeit durch Metrorrhagien geschwächt sind. Darf man durch die Anamnese oder eigene Beobachtung ihr Vorhandensein annehmen, so sind sie ein werthvoller pathognostischer Fingerzeig.

Nächst der psychischen Niedergeschlagenheit, welche die Frauen in den ersten Tagen ihrer Krankheit befällt und als deren Ursache wir die häufige Neigung zu Ohnmachten annehmen können, haben wir als hauptsächliches nervöses Symptom den Schmerz anzusehen. Er rührt entweder von der durch das Extravasat entstandenen Entzündung her oder ist die Folge des Druckes, den die Geschwulst oder der durch das Extravasat dislocirte Uterus auf benachbarte Theile ausübt.

Der entzündliche Schmerz ist ein nie fehlendes Symptom der Blutgeschwulst und macht, wenn keine Prodromalerscheinungen vorhanden gewesen sind und auch der acute Blutverlust keine Symptome hervorgerufen hat, zuerst auf das Leiden aufmerksam; er tritt gewöhnlich schon einige Stunden nach der inneren Blutung auf und ist verschieden in Hinsicht auf Heftigkeit, Art und Sitz. Während einige Frauen ihn als un-

erträglich bezeichnen und ihn dem Wehenschmerze an Intensität gleichstellen, erklären andere ihn für nicht sehr bedeutend und klagen nicht besonders darüber; Alle stimmen darin überein, dass er durch die leiseste Betastung der Bauchdecken und die vorsichtigste innere Untersuchung bedeutend verstärkt wird. Nach den Angaben einiger Kranken ist er remittirend, wehenartig, mit dem Gefühle verbunden, als sässe ein fremder Körper im Unterleib, der fortwährend nach unten dränge; nach andern ist er intermittirend, kolikartig, stark reissend, bald hin- und herziehend. Als Sitz wird bald die linke oder rechte regio iliaca, bald die Gegend der Symphysis ossium pubis, bald die Sacralgegend, bald der ganze Unterleib angegeben.

Von diesem entzündlichen Schmerze unterscheidet sich wesentlich der mechanische Schmerz. Er tritt gewöhnlich erst einige Tage nach dem Erguss auf, ist stets localisirt und ist zwar ein häufiger, aber kein constanter Begleiter der Haematocele. Wir zählen hierher die oft bedeutenden Schmerzen bei der Stuhlentleerung, die durch Druck der Geschwulst selbst oder des retrovertirten Uterus auf das Rectum entstehen; wir zählen ferner hierher die Dysurie, die sich durch häufigen Drang zum Uriniren kennzeichnet und durch Druck einer vor dem Uterus gelegenen Haematocele oder des nach vorn gedrängten Uterus auf die Urethra entsteht; wir zählen endlich hierher die in einigen Fällen beobachtete Neuralgie des Nerv. ischiadicus, die dem Drucke des Extravasates auf den Plexus ischiadicus ihren Ursprung verdankt und selbst zu vorübergehenden Lähmungen der Extremitäten führen kann.

Ueber das Verhalten des Fiebers gleich nach der inneren Blutung liegen erst wenige Beobachtungen vor, die das bestätigen, was man schon a priori schliessen kann, dass nemlich die Körpertemperatur nach dem Erguss etwas sinkt, und der Puls ein langsamer ist. Erst mit der schmerzhaften Entzündung, mit der Bildung der Cystenwand steigt die Quecksilbersäule, wird der Puls frequent, tritt Fieber ein. Nicht selten wird dieses durch einen oder mehrere Schüttelfröste eingeleitetet, ist meistens nicht sehr hoch, jedoch verschieden nach der Intensität des Ergusses und zeigt keine deutlichen Remissionen.

Die Störungen der Verdauungsorgane sind meistens eine

Folge des Fiebers, können aber auch von der ruhigen Lage und der veränderten Lebensweise der Kranken herrühren. Sie offenbaren sich durch Appetitlosigkeit, Brechneigung, schlechten Geschmack und saures Aufstossen.

Hat man Gelegenheit, die locale Untersuchung in den ersten Tagen der Krankheit vorzunehmen, so ergibt die Adspection des Bauches gewöhnlich eine mässige Auftreibung desselben. Die Palpation ist in den ersten Tagen äusserst schmerzhaft und zeigt in einigen Fällen nichts Abnormes; in anderen dagegen fühlt man oberhalb der Symphyse bald auf der linken, bald auf der rechten Seite, bald in der Mittellinie einen Tumor, der sich bis zum Nabel erstrecken kann, sich weich anfühlt und bei der Percussion einen leeren Schall gibt. Bei der Untersuchung per vaginam zeigen sich die Wände derselben gewöhnlich gespannt; in den meisten Fällen fühlt man hinter der hinteren Wand eine Geschwulst, die sich bald mehr nach oben hin erstreckt, sich dann nach den Seiten hin abgrenzen lässt und nach oben hin keine deutlichen Grenzen zeigt, bald ihren Sitz weiter unten hat und sich dann von allen Seiten umfassen lässt; in anderen Fällen sitzt die Geschwulst vor der vordern Vaginalwand und zeigt dieselben Eigenthümlichkeiten, wie der retrovaginale Tumor. Konnte man durch die Palpation eine Geschwulst entdecken, so überzeugt man sich bei combinirter innerer und äusserer Untersuchung von der Intensität beider Tumoren. Die Grösse der Geschwulst variirt von der eines Apfels bis zu der eines Kindkopfes; ihre Consistenz ist im Anfang immer weich und teigig; man kann sogar in einigen Fällen deutliche Fluctuation wahrnehmen. Die Portio vaginalis steht meistens so hoch, dass der untersuchende Finger sie schwer erreichen kann und ist je nach dem Sitze der Geschwulst gegen die vordere oder hintere Vaginalwand gedrängt; der Uterus ist je nach der Lage des Tumors nach vorn geschoben, elevirt oder nach hinten dislocirt.

So ist das Krankheitsbild in den ersten 8—14 Tagen. Tritt nicht der seltene Fall ein, dass in dieser Zeit in Folge der Blutung oder einer allgemeinen Peritonitis der Tod erfolgt, so ist der Verlauf der Krankheit ein langsamer und zeigt manche Variationen. Gewöhnlich verschwindet zuerst das

Fieber; mit ihm verlieren sich die gastrischen Complicationen und lässt allmählich die Empfindlichkeit des Leibes nach. Das Aussehen der Kranken wird nach und nach ein besseres und nur die Schmerzen bei der Stuhlentleerung oder beim Harnlassen erinnern die Patientinnen noch lange Zeit an ihre Krankheit. Während bei der innern Untersuchung die Geschwulst sich anfangs teigig anfühlte, ja selbst Fluctuation zeigte, wird sie in Folge der Resorption des Serum sanguinis und später der des Fibrins allmählich härter und kleiner, bis sie oft erst nach Monaten ganz verschwindet. So ist der Verlauf in den meisten, aber nicht in allen Fällen.

Es kann die Blutung von vorn herein so beträchtlich gewesen sein oder durch spätere Nachschübe so bedeutend werden, dass die Geschwulst auf die benachbarten Theile einen solchen Druck ausübt, dass dadurch deren Gefässe comprimirt werden, dass ihnen die Ernährung abgeschnitten wird, dass sie necrotisiren und durch sie sich der Tumor seines Inhaltes entleeren kann. Diesen Ausgang der Krankheit kündigen Uebelkeit, Erbrechen, Exacerbation des Fiebers und Vermehrung der Schmerzen an.

Es kann auch der blutige Inhalt der Cyste, statt resorbirt zu werden, sich zersetzen und ein eiteriges Extravasat bilden. In diesen Fällen werden die Kranken von heftigen Schüttelfrösten befallen, denen bedeutendes Fieber und starke Schmerzen im Abdomen folgen; dann wird die Geschwulst statt kleiner grösser, statt härter weicher und zeigt deutliche Fluctuation.

Schliesslich will ich noch erwähnen, dass bisweilen bei der Rückkehr der Menstruation eine neue Blutung erfolgt, die dann dieselben Erscheinungen und Gefahren wie die erstere hervorrufen und besonders heftige Peritonitiden zu Tage fördern kann.

Diagnose.

Kommt eine Patientin gleich beim Beginn ihrer Krankheit in ärztliche Behandlung, so ist es nicht sehwer, die Diagnose auf Haematocele periuterina zu stellen, wenn die in den meisten Fällen vorhandenen Menstruationsanomalien berücksichtigt, wenn die plötzlich auftretenden Folgen des acuten Blut-

verlustes gehörig gewürdigt, wenn die Schmerzen im Abdomen, das Fieber und die gastrischen Störungen in's Auge gefasst werden und wenn schliesslich die combinirte äussere und innere Untersuchung mit der nöthigen Vorsicht und Genauigkeit vorgenommen wird. Schwierigkeiten kann die Diagnose bereiten, wenn der Arzt erst im späteren Verlauf der Krankheit die Behandlung übernehmen muss; dann kann zwar die Anamnese wichtige Aufschlüsse geben, sie kann aber auch so lückenhafte und unvollkommene Resultate geben, dass nur die locale Untersuchung und die Beobachtung des weiteren Verlaufes des Uebels vor Verwechselungen schützt.

Ob die Haematocele eine ante- oder retrouterine ist, darüber gibt natürlich die Exploratio per vaginam leicht sicheren Aufschluss.

Nicht so leicht, ja in manchen Fällen unmöglich ist die klinische Bestimmung des Verhaltens der Geschwulst zum Peritoneum, was schon daraus ersichtlich ist, dass sogar an der Leiche es unentschieden bleiben kann, ob die Cyste vom Peritoneum umkleidet ist oder nicht. Differential-diagnostische Anhaltspunkte geben nach den Beobachtungen Breslau's die Art und Weise des Auftretens der acuten Symptome, der Sitz und die Beschaffenheit der Geschwulst. Treten gleich im Anfang der Krankheit häufige Ohnmachten, selbst Collapsus, heftige Schmerzen und ein nicht unbedeutendes Fieber auf und kann das rasche Entstehen des Tumors constatirt werden, so soll der intraperitoneale Sitz der wahrscheinlichere sein, während ein Complex minder ernstlicher Erscheinungen, welche den Kranken oft noch das Gehen oder Stehen gestatten, und ein langsames Anwachsen der Geschwulst, was durch den Widerstand des subperitonealen Bindegewebes gegen das ergossene Blut erklärt wird, auf die extraperitoneale Lage hinweisen soll. Diese Angaben sind nicht stichhaltig bei der Unterscheidung, weil die grössere oder geringere Heftigkeit der acuten Symptome und auch das rasche oder langsame Wachsthum der Geschwulst von der Stärke des Blutergusses, nicht aber von dem Verhalten desselben zum Peritoneum abhängig ist. Besser sind Sitz und Beschaffenheit des Tumors für die Diagnose zu verwerthen. Je deutlicher die Geschwulst durch die Palpation

der Bauchdecken zu fühlen, je abgerundeter ihre Form ist, je schwerer der per vaginam untersuchende Finger sie berühren oder umgrenzen kann, desto wahrscheinlicher ist der intraperitoneale Sitz; je mehr dagegen die Geschwulst ante- oder retrovaginal zu fühlen ist, je diffuser sie sich gegen ihre Umgebung abgrenzt, je mehr die Palpation der Bauchdecken im Stich lässt, desto mehr Anhaltspunkte sind da für die Annahme der extraperitonealen Lage. Diese Angaben sichern nicht immer die Diagnose, weil sie durch rein individuelle, nicht aber objective Grenzen geschieden sind. Da nun die Erfahrung gelehrt hat, dass die Haematocele bedeutend häufiger im Bauchfellsacke als ausserhalb desselben gelegen ist, so ist es gerechtfertigt, die Diagnose auf eine extraperitoneale Blutcyste nur dann zu stellen, wenn die angegebenen Erscheinungen ganz evident zu Tage treten, und in zweifelhaften Fällen den intraperitonealen Sitz der Geschwulst anzunehmen.

Obgleich die Diagnose auf Haematocele periuterina in den Fällen, in denen die angegebenen Symptome vollständig vorhanden sind, mit genügender Sicherheit gestellt werden kann, so gibt es doch einige Affectionen, die zu einer Verwechslung Veranlassung geben können und vorzüglich dann Veranlassung geben, wenn der Krankheit dieses oder jenes Symptom fehlt oder der Arzt nicht die Gelegenheit hatte, das Uebel von Anfang an zu beobachten. Die Haematocele kann verwechselt werden mit der Para- oder Perimetritis, der acuten, selbstständig oder in Folge von Entzündung der Ovariencystenwandung auftretenden Oophoritis, der Graviditas extrauterina, der Schwangerschaft im retrovertirten Uterus, mit kleineren Cysten der Ovarien und endlich mit Neubildungen im Uterus.

Bei der Haematocele und der Entzündung des periuterinen Zellgewebes fiebern die Kranken, haben einen mehr oder weniger aufgetriebenen Leib und klagen über Schmerzen im Abdomen, die durch Druck bis zum Unerträglichen gesteigert werden können; bei beiden Krankheiten constatirt die Exploration im Scheidengewölbe einen Tumor, der an Grösse variabel ist, der sich mehr oder weniger mit dem Finger umgrenzen lässt und sich je nach der Zeit der Untersuchung hart oder

weich anfühlt. Wichtig für die Unterscheidung sind die Anamnese, der Verlauf der Krankheit und die Beschaffenheit der Geschwulst. Während die Para- oder Perimetritis gewöhnlich einige Tage nach einer Entbindung oder einem Abortus entsteht, mit geringen Allgemeinerscheinungen beginnt, die nach und nach an Intensität zunehmen können, und im Verlauf der ersten Woche eine Geschwulst bilden kann, die sich gleich nach dem Entstehen immer hart anfühlt und im weiteren Verlauf, wenn sie resorbirt wird, einige Zeit hart bleibt und allmählich verschwindet, oder, wenn sie abscedirt, nach und nach eine weiche Beschaffenheit annimmt und Fluctuation zeigt, so hängt die Haematocele nie mit einer Geburt oder dem Wochenbette zusammen, zeigt im Anfang bedeutendere Allgemeinerscheinungen als später und bedingt einen Tumor, der gleich nach dem Entstehen weich und fluctuirend ist und später gewöhnlich härter und kleiner wird, bis er verschwindet, oder in seltenen Fällen weich bleibt und unter Exacerbation der acuten Symptome in Eiterung übergeht.

Die acute, nicht puerperale Oophoritis und die Haematocele beginnen gewöhnlich Beide während oder kurze Zeit nach der Menstruation, sind Beide mit lebhaften Schmerzen im Leib, im Kreuz und den Hüften verbunden und zeigen Beide ein mehr oder weniger bedeutendes Fieber. Hat die Entzündung ein bis dahin in seiner Textur nicht erkranktes Ovarium befallen, so ist der Uebergang der Entzündung in Eiterung noch nicht beobachtet und so die Diagnose auf Haematocele durch die Anwesenheit einer Geschwulst im Scheidengewölbe gesichert; ist dagegen ein schon primär cystoidisch entarteter Eierstock Sitz einer Entzündung, so ist die Abscessbildung mehrfach zur Beobachtung gekommen; in diesen Fällen geben der Sitz der Geschwulst und der weitere Verlauf der Krankheit Anhaltspunkte zur Unterscheidung.

Sowohl die Haematocele als auch die Graviditas extrauterina im 2 4. Monate charakterisiren sich durch Belästigungen mannichfacher Art, so durch Schmerzen im Abomen, durch ein Gefühl von Drängen und Pressen nach unten, durch hartnäckige Stuhlverstopfung, durch Schmerzen bei der Defaecation und Beschwerden beim Uriniren; bei beiden Affectionen ist

Suppression der Menses vorhanden und bei beiden findet sich im Scheidengewölbe eine Geschwulst, die verschieden gross ist und sich teigig anfühlt. Ist der extrauterine Foetus nicht abgestorben, so machen das Auftreten der sog. unsicheren Schwangerschaftszeichen, wie morgendliche Beschwerden, eigenthümliche Gelüste, Anschwellung der Brüste und Pigmentirung des Warzenhofes, ferner die Art und Weise der Schmerzen, die paroxysmenweise auftreten, sich bis zu einer solchen Höhe steigern, dass die Schwangern nach den Angaben Heim's ihre Gesichtszüge eigenthümlich verzerren und auf eine fast charakteristische Weise stöhnen, dann das Verhalten der Portio vaginalis und des Uterus und endlich der Verlauf der Krankheit auf die extrauterine Schwangerschaft aufmerksam; ist dagegen der Foetus nicht mehr lebend und nicht mehr entwickelungsfähig, so können nur das Auftreten oder Fehlen der sog. acuten Symptome, vorzüglich des Fiebers und der Folgen des acuten Blutverlustes, dann auch der weitere Verlauf der Krankheit Aufschluss geben, welche von beiden Erkrankungen im speciellen Falle vorliegt.

Bietet schon der retrovertirte Uterus an und für sich Symptome, wie Störungen der Menstruation, Schmerzen im Abdomen, Stuhlverstopfung oder Beschwerden beim Stuhlgang, dar, die an eine Haematocele erinnern, so wird die Differentialdiagnose noch mehr erschwert, wenn sich in der in ihrer Lage veränderten Gebärmutter ein Foetus ausbildet, weil dann jene Symptome an Intensität zunehmen und weil im Scheidengewölbe ein Tumor zu fühlen ist, der mit einem Blutextravasate einige Aehnlichkeit hat. Auch hier geben die auftretenden Zeichen der Schwangerschaft, die Beschaffenheit der Portio vaginalis und die Beobachtung des weiteren Verlaufes sicheren Aufschluss.

Kleinere Ovariencysten, z. B. von der Grösse eines Apfels, können auch bei der Differentialdiagnose in Betracht kommen, weil sie gewöhnlich mit Menstruationsanomalien verbunden, weil sie ihre Lage im kleinen Becken haben und einen weichen Tumor bilden. Ihnen fehlen aber die für die Blutgeschwulst charakteristischen, allgemeinen Störungen, sie bilden sich nicht wie die Blutextravasate plötzlich, sondern allmählich, befallen stets ältere Frauen und haben einen langsamen, aber progressiven Verlauf.

Vor Verwechselungen der Haematocele mit Neubildungen im Uterus schützen die Allgemeinerscheinungen, die genaue locale Untersuchung und die Beobachtung des weiteren Verlaufes der Krankheit.

Prognose.

Obgleich die an Haematocele Erkrankten beim Beginn ihres Uebels das Bild schwer Leidender darbieten, so ist doch die Prognose im Allgemeinen als eine günstige zu bezeichnen, weil die meisten Patientinnen vollständig von ihrer Krankheit genesen, weil z. B. nach Voisin's Zusammenstellung von 47 Kranken 37 geheilt wurden und nur 10 starben, unter welchen letzteren 2 an intercurrenten Krankheiten. Die Prognose ist abhängig von der Masse des ergossenen Blutes, von dem Grade der hinzutretenden Peritonitis und von den Metamorphosen des Cysteninhaltes.

Dass ein einmaliger Bluterguss, der eine Haematocele hervorgerufen hat, so bedeutend gewesen ist, dass die Kranke allein an den Folgen des Blutverlustes gestorben ist, hat man noch nicht beobachtet.

Nur sehr wenige Fälle sind bekannt, bei denen in Folge einer Peritonitis, die entweder sofort als allgemeine Bauchfellentzündung aufgetreten war oder allmählig nach wiederholten Blutergüssen sich über das ganze Peritoneum ausgebreitet hatte, ein letaler Ausgang eingetreten ist.

Wie das allmähliche Verschwinden der sog. acuten Symptome, die Härte und die Verkleinerung der Geschwulst Zeichen der begonnenen Resorption sind und einen sicheren Masstab für die Prognose abgeben, so wird diese getrübt und wächst die Sorge für das Leben der Kranken mit einer plötzlichen Exacerbation der Allgemeinerscheinungen und mit der allmählich weicheren Beschaffenheit der Geschwulst. Heftiges Fieber Hand in Hand mit einer grösseren Weichheit des Tumors zeigt immer an, dass das Extravasat nicht den gewöhnlichen Weg der Metamorphose, den der Resorption, genommen hat, sondern dass die Cyste ein Abscess geworden ist und sich unter allen Umständen ihres Inhaltes entleeren muss, mag die Entleerung durch chirurgische Eingriffe beschleunigt werden oder mag die Natur sich selbst einen Weg zur Entleerung bahnen. Der

Chirurg kann den Abscess von der Vagina, dem Rectum oder den Bauchdecken aus öffnen; die spontane Perforation kann in die Scheide, den Mastdarm, die Harnblase oder in die Bauchhöhle hinein erfolgen. Hat die Cyste ihren Inhalt in die Vagina oder das Rectum ergossen, so kann zwar auch in günstigen Fällen nach Verlauf einiger Tage unter wesentlichem Nachlass der stürmischen Allgemeinerscheinungen der blutige Ausfluss aufhören, die Perforationsöffnung sich schliessen und dauernde Besserung eintreten, es kann aber auch in ungünstigen Fällen statt der blutigen Ausscheidung eine anfangs eiterige, später jauchige Masse ausfliessen und die Kranken den Gefahren der Septichaemie und Pyaemie aussetzen. Nach Durchbruch der Geschwulst in die Harnblase oder die Bauchhöhle tritt immer unter den Erscheinungen einer allgemeinen Peritonitis der Tod ein.

Therapie.

Wird der Arzt von Frauen consultirt, die eine gewisse Praedisposition für die Haematocele zeigen, die mehrere der als ätiologisch wichtigen Punkte in sich vereinigen, so gebietet die Prophylaxis ihnen körperliche und geistige Ruhe zu empfehlen und sie vorzüglich darauf aufmerksam zu machen, dass sie während der Menstruation das Bett hüten oder, wenn dieses nicht möglich ist, sich recht ruhig verhalten, schwere Arbeiten unterlassen und jede geschlechtliche Aufregung, vorzüglich den Coitus, vermeiden müssen.

Ist der Bluterguss einmal erfolgt, so sind zwei Methoden der Behandlung empfohlen worden; die eine, die ältere ist die operative, die andere, die jüngere ist die exspectative Behandlung.

Die operative Methode ist zuerst von französischen Aerzten empfohlen und sowohl von deutschen als auch von englischen Operateuren theils mit günstigem theils mit ungünstigem Erfolge ausgeführt worden. Die Operation ist als Punction mittelst des Troicarts oder als Incision mittelst des Bistouris gemacht worden. Ersteres ist dem Letzteren vorzuziehen, weil der Schnitt eine grössere Wunde als der Stich macht und demnach bei der Incision der Eintritt der atmosphärischen Luft in den Sack erleichtert und hiermit die Zersetzung des nach der

Entleerung etwa noch zurückgebliebenen Restes des Inhaltes begünstigt wird. Die Punction ist aber in eine Incision zu verwandeln, wenn nach der Eröffnung nur wenig flüssiges Blut ausfliesst, die Geschwulst sich kaum merklich verkleinert und man daraus schliessen kann, dass sich der grössere Theil des Blutes in halb- oder ganz coagulirtem Zustande befindet und aus der kleinen Oeffnung nicht ausfliessen kann. Nach der Eröffnung sind von Einigen fleissige Injectionen von lauwarmem Wasser empfohlen, um den möglicher Weise zurückgebliebenen Theil des Inhaltes zu entfernen und eine Verjauchung der Cyste zu verhindern, von Anderen Einspritzungen von Tinct. Jod. gemacht worden, um eine adhaesive Entzündung der Cystenwandung zu Stande zu bringen. Als Localität für die Operation sind die Bauchdecken, das Rectum und die Vagina gewählt worden. Die Punction der Bauchdecken ist die gefährlichste Methode, weil der Operation immer eine Peritonitis folgt. Den Mastdarm als Operationsstelle zu nehmen, weil, wie Credé sagt, die Natur selbst am häufigsten diesen Weg einschlägt uud hier das Eindringen der leicht Verjauchung herbeiführenden atmosphärischen Luft nicht zu fürchten ist, muss man wegen der leicht nachfolgenden Ulcerationen und Stricturen des Rectums verwerfen. Da diese Uebelstände fehlen, wenn die Punction von der Vagina aus geschieht, so ist es gerathen, von hier aus die Operation vorzunehmen. Während Einige die Blutcyste gleich nach ihrem Entstehen ihres Inhaltes berauben zu müssen glaubten und dadurch die acuten Symptome gleichsam hinwegzuzaubern hofften, waren Andere der Meinung, mit der Eröffnung so lange warten zu müssen, bis die allgemeinen Erscheinungen verschwunden seien. Zum Ersteren darf man sich in keinem Falle verleiten lassen, weil thermometrische Messungen Stunden, ja Tage lang nach der Operation noch eine bedeutende Steigerung der Temperatur constatirt haben, weil durch die Operation zu einer neuen Blutung Veranlassung gegeben und das Leben der Kranken auf's Spiel gesetzt werden kann. Auch später nach dem Aufhören der acuten Symptome bei einem normalen Verlaufe der Krankheit die Operation vorzunehmen, ist ungerechtfertigt und nicht zu billigen, weil durch die Operation der Pyaemie und Septichaemie der Weg gebahnt werden kann und statistische Uebersichten ergeben haben, dass

bei der medicamentösen Behandlung das Mortalitätsverhältniss sich günstiger gestellt hat als bei der operativen.

Die exspectative Behandlung hat verschiedene Aufgaben zu erfüllen: Erstens muss sie die Haemorrhagie, falls sie noch besteht, zu sistiren suchen, dann muss sie die sog. acuten Symptome bekämpfen, ferner muss sie die Resorption des Extravasates zu beschleunigen suchen und endlich kann sie in Fällen, in denen aus der Haematocele ein Abscess geworden ist, dem Eiter einen künstlichen Ausweg verschaffen müssen.

Kann man aus der Zunahme der Geschwulst und aus der Steigerung der anaemischen Erscheinungen annehmen, dass der Erguss aus den Gefässen noch fortdauert, so müssen die Kranken vor allem eine möglichst ruhige und horizontale Rückenlage einnehmen; bestehende Stuhlverstopfung bekämpfe man durch Ol. Ricin. oder Clystiere und versäume nicht, bei Harnbeschwerden von Zeit zu Zeit durch den Catheter den Urin abzulassen; dann verordne man ein Infus. Fol. Digital. (e 2,0 —5,0 ad 150,0) und lasse säuerliche Getränke trinken; ferner bedecke man den Unterleib mit in Eiswasser getauchten Tüchern, lasse Eisstückchen in die Vagina schieben und mehrere Male ein kaltes Clysma in den Mastdarm appliciren, bis man annehmen kann, dass die Blutung aufgehört hat; gegen die Schmerzhaftigkeit im Abdomen sind innerlich Narcotica am Platze, auch subcutane Injectionen von Morph. hydrochl. oder mit Morph. versetzte Stuhlzäpfchen lindern die Schmerzen.

Treten nach dem Ergusse die acuten Symptome, wie das Fieber und die Peritonitis, in den Vordergrund, so müssen natürlich die Kranken auch weiterhin die ruhige Lage beibehalten; falls der Puls es erlaubt, gebe man Digital. weiter und bekämpfe die Peritonitis, sei es, wenn die Constitution der Kranken es erlaubt, durch eine mässige Anzahl von Blutegeln, sei es durch fortgesetzte kalte Umschläge um den Leib, sei es durch Einreiben von Mercurialsalben in die Bauchdecken, sei es durch innerliche Darreichung von Calomel.

Weisen die Abnahme der acuten Symptome und die Verkleinerung der Geschwulst darauf hin, dass die Resorption begonnen hat, so suche man Letztere durch lauwarme, mit Mutterlauge versetzte Voll- oder Sitzbäder, durch die innerliche

Darreichung von Kal. jodat (7,0 ad 150,0) oder Syrup. ferr. jodat. (2,0—4,0 ad 60,0 Syrup. simpl.) und durch die Verordnung eines mildwirkenden, salinischen Abführmittels zu beschleunigen. Im späteren Verlaufe der Krankheit strebe man durch gute Nahrung, durch Eisen- und Chinapräparate die Kräfte der Kranken zu heben.

Kann man aus den schon angeführten Erscheinungen schliessen, dass aus der Blutgeschwulst ein Beckenabscess geworden ist, dann, aber auch nur dann, ist es rathsam, an der am weitesten in die Vagina vorspringenden Stelle der Geschwulst die Punction auszuführen.

Da nach statistischen Zusammenstellungen durch die exspectative Behandlung bessere Resultate als durch die operative erzielt worden sind, da sie die Vortheile, nicht aber die Nachtheile jener Methode mit sich führt, so muss man ihr den Vorzug vor jener einräumen und darf zur künstlichen Eröffnung der Geschwulst nur in den seltenen Fällen der Abscessbildung schreiten.

Literatur.

Virchow, die krankhaften Geschwülste. Erster Band. 1863. Berlin.

Schroeder, kritische Untersuchungen über die Diagnose der Haematocele retrouterina. 1866. Bonn.

Henle und v. Pfeuffer, Zeitschrift für ration. Medicin. Dritte Reihe. Band XXIII. 1765. Leipzig und Heidelberg.

Schmidt's Jahrbücher der in- und ausländischen gesammten Medicin. Jahrgang 1862: Band 115. Jahrgang 1864: Band 123. Jahrgang 1867: Band 135.

Veit, Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. 1867. Erlangen.

v. Scanzoni, Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. 1867. Wien.

Lebenslauf.

Ich, Ludwig Johann Degener, Sohn des Kaufmanns Ludwig Degener in Burgsteinfurt, bin am 13. November 1844 in Burgsteinfurt, einem Städtchen in Westfalen, geboren. Der evangelischen Confession angehörig, besuchte ich in meiner Vaterstadt bis Ostern 1864 das Gymnasium, worauf ich nach absolvirtem Maturitätsexamen nach Greifswald ging, um mich dem Studium der Medicin zu widmen; nach dreijährigem Aufenthalte daselbst verliess ich die Universität Greifswald und setzte ein Semester in Bonn mein Studium fort; das letzte Semester studirte ich in Halle.

Während dieser Zeit habe ich folgende Vorlesungen gehört:

In Greifswald: Prof. Limpricht: Anorganische und organische Chemie, chemisch-analytisches Practicum. Prof. v. Feilitzsch: Physik. Prof. Münter: Zoologie. Dr. Jessen: Uebungen im Bestimmen der Pflanzen. Prof. Budge: Anatomie, Praeparirübungen, Physiologie, anatom.-microscopisch. Cursus. Geheimrath Schultze: Anatomie des Gehirns nnd Rückenmarks. Dr. Landois: Vergleichende Anatomie, Entwickelungsgeschichte. Prof. Laurer: Arzneimittel- und Arzneiverordnungslehre. Prof. Heineke: Hautkrankheiten und Syphilis. Prof. Grohe: Allgemeine und specielle pathologische Anatomie. Prof. Pernice: Theorie der Geburtshülfe, geburtshülfliche Klinik. Prof. Mosler: Specielle Pathologie und Therapie, Psychiatrie, physicalische Diagnostik, medicinische Klinik. Geheimrath Bardeleben: Chirurgie, Akiurgie, chirurgische Klinik.

In Bonn: Prof. Rühle: Medicinische Klinik. Prof. Veit: Geburtshülfliche Klinik. Geheimrath Busch: Chirurgische Klinik. Prof. Saemisch: Augenärztliche Klinik.

In Halle: Prof. Weber: Medicinische Klinik. Prof. Volkmann: Fracturen und Luxationen, chirurgische Klinik. Prof. Olshausen: Krankheiten des Uterus, geburtshülfliche Klinik. Dr. Köhler: Kursus der Laryngoscopie, Repetitorium der Arzneimittellehre.

Thesen.

I.

Die Behandlung der Haematocele periuterina muss in den meisten Fällen eine exspectative sein.

II.

Wird der Arzt bei noch stehender Blase zu einer Querlage gerufen, so muss er, wenn keine Indication zur möglichst raschen Beendigung der Geburt vorliegt, stets den Versuch machen, durch eine angemessene Lagerung der Kreissenden und durch äussere Handgriffe die fehlerhafte Lage in eine Kopflage umzuändern.

III.

Der Abdominaltyphus ist keine contagiöse Krankheit.

IV.

Das sog. Pott'sche Aneurysma geht entweder primär vom Gefässsystem aus oder ist das Product des Erweichungsprocesses einer Myeloidgeschwulst.

Thesen.

I.

Die Behandlung der Haematocele perinterina muss in den meisten Fällen eine exspectative sein.

II.

Wird der Arzt bei noch stehender Blase zu einer Querlage gerufen, so muss er, wenn keine Indication zur möglichst raschen Beendigung der Geburt vorliegt, stets den Versuch machen, durch eine angemessene Lagerung der Kreissenden und durch äussere Handgriffe die fehlerhafte Lage in eine Kopflage umzuändern.

III.

Der Abdominaltyphus ist keine contagiöse Krankheit.

IV.

Das sog. Pott'sche Aneurysma geht entweder primär vom Gefässsystem aus oder ist das Product des Erweichungsprocesses einer Myeloidgeschwulst.